



PHLEBOGRAPHIE FRAGEBOGEN

ANAMNESE

Dieser Teil wird von einer AssistentIn ausgefüllt

Operation im Untersuchungsbereich? Wann?

Verletzungen/ Trauma? Wann?

Schmerzen? Wo genau? Seit wann?

Um Komplikationen zu vermeiden, beantworten Sie bitte folgende Fragen:

- | | | |
|--|--------------------------|----------------------------|
| 1. Für Patientinnen: könnten Sie schwanger sein? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| 2. Haben Sie eine der folgenden Untersuchungen schon einmal gehabt? | | |
| Nierenröntgen (iv Urographie/Pyelographie) | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Computertomographie | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Darstellung der Beinvenen (Phlebographie) | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Gefäßröntgen (Angiographie/Cardangiographie) | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| 3. Traten bei Ihnen nach Kontrastmittelgabe Nebenwirkungen auf? Wenn ja, welche? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Übelkeit/Erbrechen/Würgegefühl | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Asthmaanfall/Atemnot | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Hautausschlag | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Krampfanfälle/Bewusstlosigkeit | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Schüttelfrost | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| 4. Sind bei Ihnen folgende Erkrankungen bekannt? | | |
| Asthma | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Allergien, die einer Behandlung bedürfen | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| des Herzens | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| der Niere/Nebenniere | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| der Schilddrüse | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Zuckerkrankheit | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| M. Kahler (multiples Myelom – Knochenmarkserkrankung) | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

Im Fall einer der oben angeführten Erkrankungen, welche Medikamente nehmen Sie?

5. Körpergewicht: kg Körpergröße: cm

Ich bestätige, dass ich den Text gelesen und verstanden habe.

Ich stimme der Durchführung der vorgeschlagenen Untersuchung und einer Kontrastmittelgabe zu.

Datum

Unterschrift
